

이 의료 혜택 신청은 19세 이상의 임산부를 위한 것입니다.

만일 귀하가 19세 이상이고 임신중인 경우 이 신청서를 기입하여 귀하 거주지역의 보건사회부 지역사무소로 우송하십시오. 질문이 있는 경우, 헬스 마더스, 헬스 베이비스로 전화하십시오:

1-800-322-2588
(청각장애자는 1-800-833-6385)

만일 귀하가:

- 임신중이고 **19세** 미만인 경우에는 1-800-562-3022(청각장애자는 1-800-848-5429)로 전화하십시오.
- 임신중이고 베이직 헬스 임산부 혜택을 신청하기 원하는 성인은 1-800-660-9840 으로 전화하십시오.
- 임신중이 아니고 푸드 스탬프나 현금 무상 보조를 원하는 성인은 귀하의 지역 사무소로 연락하십시오. 귀하는 노란색의 혜택 신청서, **DSHS 14-001 (X)** 양식이 필요합니다. 귀하 지역의 지역사무소 전화를 아시려면 귀하 전화번호부의 정부기관 페이지(푸른색)에서 워싱턴 주, 지역 사무소를 찾으시면 됩니다.

임산부를 위한 건강 보호...

무료임.

다음과 같이 신청 !

귀하의 신청서에 기입할 내용의 목록:

- 가족 수입: 귀하 가족의 모든 수입. 이용할 수 있는 정보는:
 - 남편/ 아내 혹은 모든 가족의 수입을 기재한 최근의 소득 명세서
 - 총수입(세금 제외하기전)을 증명하는 고용주로부터의 편지
 - 만일 누가 자녀 양육 보조를 받는 경우 법원의 후견인 동의서
 - 지난 30일간의 자영업 기록: 또는
 - 혜택에 대한 수혜 지급 통지서 (예를 들면: 퇴역 군인 사무처, 노동 산업부, 실업국, 사회 보장국)

임산부의 소셜 시큐리티 번호를 포함할 것

그리고

의사, 간호사 또는 실험 연구원으로부터의 임신 증명서

소득증명고 임신증명서를 포함한 완전 기입된 신청서를 귀하의 지역 사무소로 우송하십시오.

현 베이직 헬스 수혜자로서 임신이 된 경우 베이직 헬스 임산부 혜택 신청서를 받으시려면 1-800-660-9840으로 전화하십시오.

임산부 의료 혜택 신청서

APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

신청서를 기입 하기 전에 다음 내용을 읽으십시오.

이 신청서는 의료보호가 필요한 임산부의 사실 진술서입니다. 우리가 귀하를 도울 수 있는가 여부를 알기전에 귀하는 다음의 모든 질문에 대답할 필요가 있습니다.

이 신청서 작성을 도와 주는 기관: _____

1. 이름 성				
2. 거주지 주소	번지수	시명	주명	우편번호
3. 우편배달주소(위와 다른 경우)	번지수	시명	주명	우편번호
4. 전화번호	5. 예 아니오 귀하는 영어를 말하고 읽고 쓰는 것이 불편합니까? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 귀하는 통역사가 필요합니까? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 어느 나라 말을 하십니까? _____			
자택 ()				
직장 ()				
자동응답기 ()				

6. 임산부의 해산 예정일 _____

7. 임산부의 건강이 지금 즉시 의료 보호를 할 만큼 문제가 있습니까? 예 아니오

일 반 정 보

8. 귀하와 함께 사는 귀하를 포함해 모두 기입하십시오. 별명이 아닌 법적 이름을 기입할 것. 소셜 시큐리티 번호를 모르면 공란으로 비어 놓 것.

성 명 (이름, 성)	귀하와의 관계	생 일 (월/일/년)	혜택 신청 여부 예 아니오	*시민권 여부 예 아니오	소셜 시큐리티 번호	성별 남, 여
A.	본 인		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
B. 가족들						
C.						
D.						
E.						
F.						
G.						
H.						

경 비	
9. 귀하는 귀하가 직장에 있는 동안 다른 사람을 고용 귀하의 자녀 혹은 다른 부양자를 돌봐야 합니까?	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 귀하는 같이 살지 않는 자녀를 위해 자녀 양육비를 지불하고 있습니까?	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	그렇다면 월 지불액은? \$ _____

*미국 시민권자인 경우 3 페이지를 기입할 것. - 이민 신분 상태

총수입을 기재할 것. 귀하나 배우자가 일을 하지 않을 경우에는 "0"를 기입.

소 득

귀하의 직장 소득		귀하 배우자의 직장 소득	
11. 고용주 이름 및 전화번호		13. 고용주 이름 및 전화번호	
12. 세금공제전 수령 금액: \$ _____ <input type="checkbox"/> 매 주 <input type="checkbox"/> 격 주 <input type="checkbox"/> 한달에 두번 <input type="checkbox"/> 매 월 주간 근무시간 _____		14. 세금공제전 수령 금액: \$ _____ <input type="checkbox"/> 매 주 <input type="checkbox"/> 격 주 <input type="checkbox"/> 한달에 두번 <input type="checkbox"/> 매 월 주간 근무시간 _____	

다른 소득	금 액	얼마나 자주 받는가?	어느 가족원이 받는가?
15. 자녀 양육비 혹은 위자료	\$		
16. 소셜 시큐리티	\$		
17. 실업수당	\$		
18. 은행 이자	\$		
19. 퇴역 군인 혜택	\$		
20. 노동 산업부	\$		
21. 군 푸드스탬프	\$		
22. 기 타 (설명할 것)	\$		

의료 정보

23. 건강 보험을 이미 가지고 있는가? 예 아니오

만일 '예'에 대답했으면 귀하의 보험회사나 고용주, 보험 증서 번호 및 보험 소지자의 이름 및 소셜 시큐리티 번호를 기재할 것. 이미 건강 보험을 가지고 있더라도 귀하는 의료혜택을 받을 수 있습니다.

보험 회사 혹은 고용주	보험 증서 번호	보험 소지자 이름	보험 소지자 소셜 시큐리티 번호

24. 귀하의 어느 누구라도 지난 3개월간 임산부 보조나 임산부 케이스 관리를 비롯한 의료 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

자발적 정보

우리는 귀하에게 귀하의 인종이나 문화적 배경을 자발적으로 알려줄 것을 부탁드립니다. 이 정보는 귀하의 혜택 자격 여부를 결정하는데 이용되지 않습니다.

코카시안 흑인 미국 인디언/알래스카 인디언 베트남/ 라오/ 캄보디아
 히스패닉 다른 아시아인 혹은 태평양 군도 주민 기타 _____

